FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIERE
UNIVERSITE PARIS VII

ANNEE 1971

THESE

N° 144

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacqueline BORENSTEIN née JOSEPH

le 14 octobre 1939 à ASNIERES (92)

Ancienne Interne des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES OBESITES PSYCHOGENES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Président : M. Cl. LAUNAY, Professeur

EDITIONS MEDICALES ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIERE
UNIVERSITE PARIS VII

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacqueline BORENSTEIN née JOSEPH

le 14 octobre 1939 à ASNIERES (92)

Ancienne Interne des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES OBESITES PSYCHOGENES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Président : M. Cl. LAUNAY, Professeur

EDITIONS MEDICALES ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS

A MON MARI

A MES ENFANTS

A Monsieur le Professeur LAUNAY

qui nous a proposé le sujet de cette thèse, et qui nous a toujours guidé de ses conseils chaleureux.

En témoignage de notre profonde gratitude.

A Madame le Docteur DAYMAS

La bienveillante conseillère

En gage de reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543719_0009

A Monsieur le Docteur KREISLER

qui avec la plus grande bienveillance
nous a laissé consulter ses dossiers.

Nos sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Bernard BRUSSET

L'amical conseiller

A mes Maîtres d'Externat des Hôpitaux de Paris

Messieurs les Professeurs

BARIETY

ROUX

SCHWOB

LHERMITTE

GARCIN

MICHAUX

LAUNAY

A mes Maîtres d'Internat des Hôpitaux de Paris

Messieurs les Professeurs

BARIETY

HOUDART

LHERMITTE

LAUNAY

PERROT

DUCHE

INTRODUCTION

Les obèses heureux n'ont pas d'histoire ; ils ne s'adressent pas au psychiatre malgré leurs difficultés à se faire accepter par une société qui apprécie plus les modèles de BUFFET que ceux de RUBENS. En revanche, certains d'entre eux apportent au psychiatre leurs divers problèmes. La conduite alimentaire qui mène à l'obésité, régie par un grand nombre de facteurs intervenant de façon variée, est une conduite pathologique qui a valeur de symptôme.

L'obésité peut être un problème psychiatrique. Tel est l'objet de notre étude consacrée à l'enfant et à l'adolescent.

Dans une première partie nous envisagerons

- l'état actuel des connaissances concernant le comportement alimentaire
- l'importance des facteurs étiopathogéniques métaboliques et héréditaires
- l'incidence des facteurs socio culturels.

Nous entreprendrons ensuite une étude psychopathologique du symptôme

- sur le plan des significations les plus apparentes, à travers des références bibliographiques et une étude du comportement de l'enfant obèse.
- sur le plan des significations latentes, l'étude psychanalytique de l'oralité et les commentaires de 3 observations d'adolescentes nous engageront dans un essai de compréhension et d'interprétation.

"Ne devient pas obèse qui veut". Cet adage recoupe des constatations cliniques et expérimentales. Les anomalies enzymatiques d'origine génétique, métabolique ou endocrinienne conduisent certains sujets, plus ou moins tôt dans leur existence, à acquérir un surpoids. Mais avant d'envisager les aspects étiopathogéniques, nous aimerions faire un rappel du comportement alimentaire et de ses diverses implications tant physiologiques que psychiques. (1) (28)

Le système nerveux central a directement en charge la régulation du comportement alimentaire.

L'état de besoin organique est perçu sous forme de sensations qui interviennent dans la motivation de la conduite alimentaire. La faim est la perception de l'état de besoin à partir de stimuli interoceptifs. La satisfaction du besoin entraîne l'arrêt de l'ingestion et s'accompagne de satiété. On peut en distinguer l'appétit, état conscient caractérisé par un désir de nourriture, étroitement conditionné par une expérience antérieure et provoquent l'intérêt pour un aliment.

Un ensemble de structures nerveuses participe aux mécanismes régulateurs du comportement alimentaire.

- L'hypothalamus est le siège de 2 mécanismes fonctionnant à la fois de façon antagoniste et synergique.

Au niveau de l'hypothalamus moyen et inférieur se trouvent une zone responsable de la satiété et deux zones latérales activatrices de la faim. Leur destruction entraîne :

- une obésité avec polyphagie si la zone médiane est lésée
- une anorexie avec adipsie en cas d'atteinte des zones latérales.

L'expérimentation animale met en évidence que ces structures règlent simultanément le niveau de la faim et le degré de développement du tissu graisseux. Les constantes biologiques renseignent ces structures sur les besoins réels de l'organisme.

A ces mécanismes fondamentaux seraient annexées des structures à fonction intégratrice, premier niveau de régulation de motivation, probablement en relation directe avec les mécanismes régulateurs de la vigilance.

- Le rhinencéphale, dont le rôle est primordial dans l'affectivité et les comportements instinctifs, aurait avec le complexe amygdalien une action suppressive sur le comportement alimentaire, mais l'expérimentation montre que les effets obtenus perdent leur spécificité et débordent sur d'autres comportements instinctuels.

L'existence de ces connexions permet de comprendre que l'affectivité puisse influencer le niveau de la faim et le moduler selon les variations thymiques.

- Par ailleurs le néocortex qui influe sur le rhinencéphale, a un rôle décisif dans les aspects les plus élaborés du comportement alimentaire. C'est à son niveau que l'adulte normal rationalise son attitude alimentaire et satisfait sa faim.

Ainsi les mécanismes rhinencéphaliques et néocorticaux semblent disposés pour contrôler les mécanismes hypothalamiques, structures homéostasiques fondamentales.

Il se dessine ainsi une hiérarchie de systèmes, en interaction permanente au niveau biologique et au niveau physiologique dont la fonction intégratrice met en oeuvre des comportements complexes et des motivations engageant l'affectivité.

Les informations qui guident le choix alimentaire sont de 2 ordres :

- les unes, sensorielles et viscérales agissent à court terme - l'aspect, l'odeur, la saveur, la replétion gastrique, servent à la régulation de l'alimentation chez l'animal et n'agissent que si les besoins à long terme de l'organisme sont assurés.
- les autres, biologiques agissent à long terme et peuvent amener l'animal à abandonner un premier choix si une carence nutritive apparait.

LES ASPECTS ETIO-PATHOGENIQUES

La constitution d'une obésité nécessite une ingestion de calories supérieure aux besoins, et une utilisation anormale de celles-ci pour la liposynthèse. Mais l'apport calorique exagéré par rapport à la dépense n'explique pas toutes les obésités.

Aussi a-t-on été amené à mettre en cause une anomalie quantitative et qualitative des métabolismes et de leurs médiateurs.

I/ Troubles Métaboliques

De nombreux arguments montrent que l'obèse a un fonctionnement métabolique particulier.

La dissection isotopique montre qu'après amaigrissement, le poids étant à nouveau normal, l'importance relative du tissu graisseux reste excessive.

L'obèse oxyde perpétuellement ses lipides, tandis qu'il transforme ses glucides en acides gras.

L'obésité n'a longtemps eu d'autre définition que statistique et en référence à un poids idéal : était dit obèse, tout sujet dont le poids dépassait de 15 % le poids idéal.

Actuellement (7) on tend plutôt à considérer l'obésité comme une inflation du tissu adipeux par augmentation de volume et de nombre des adipocytes dont l'origine remonte aux premières semaines de la vie. En effet un excès d'alimentation, qu'elles qu'en soient les causes, entraine une multiplication des cellules adipeuses.
or le tissu graisseux est le seul à ne pas être génétiquement déterminé et

le nombre des cellules peut augmenter, ces cellules graisseuses excédentaires persistent la vie durant dans le cas d'une telle erreur alimentaire et auront toujours tendance à capter les graisses introduites dans l'organisme et à les retenir.

La nécessité d'une prévention très précoce de l'obésité apparait évidente et le pédiatre peut y jouer un rôle essentiel en surveillant de très près l'alimentation du nourrisson et l'attitude de la mère.

II/ Les Hormones

Jouent un rôle essentiel car elles servent de relai entre le système nerveux central et le tissu graisseux.

Signalons le rôle de l'insuline qui stimule la liposynthèse - on trouve souvent des taux élevés d'insuline mais l'hyperinsulinémie diminue après réduction de l'obésité ;elle serait donc secondaire et non primaire jouant un rôle dans l'entretien de l'obésité

III/ Les Facteurs Héréditaires

Si une prédisposition est certaine et a été démontrée chez les animaux de laboratoire, il n'est pas aisé de la mettre en évidence chez l'homme en raison de l'intrication de l'éducation alimentaire.

Cependant on peut redire avec KLOTZ (19) que "ne devient pas obèse qui veut". Il y a au moins 1 parent obèse chez 70 % des obèses.

Les études statistiques de GURNEY sont plus nuancées et retrouvent :

- 9 % d'obèses dans les descendants de parents normaux
- 73 % d'obèses dans les descendants de couples obèses
- 41 % d'obèses dans les descendants d'un seul parent obèse.

Mais on ne sait pratiquement rien sur la nature de l'hérédité chez l'obèse.

Un certain nombre de facteurs sont en faveur d'une hérédité biologique qu'il s'agisse :

- des données morphologiques
- des poids de naissance élevés
- et surtout du résultat de l'étude des jumeaux univitellins et de la corrélation très étroite de leur poids. Elevés ensemble, la différence de poids est de 1,39 % ; élevés séparément elle atteint 3,6 %. La différence revient à l'environnement et est relativement faible.

Ces éléments se retrouvent avec une fréquence significative dans les obésités précoces se développant dès l'enfance. Il s'agit en outre d'enfants ayant toujours faim, et on peut se demander si cette voracité n'est pas, elle aussi, constitutionnelle, tout au moins au départ, mais il est certain qu'elle ne peut le rester puisque dès le début, l'alimentation va se trouver prise dans la relation à la mère.

- En effet l'éventualité d'une hérédité biologique est rapidement compliquée par un fait d'importance majeure qui est celui de la transmission d'habitudes alimentaires excessives telles qu'on peut les voir dans certaines familles où il est bien porté de se nourrir abondamment ou en rapport avec une attitude maternelle de suralimentation liée à ses propres problèmes affectifs.

EID a récemment montré (10) que chez les enfants obèses, on retrouvait une prise de poids très rapide dans les six premiers mois de la vie, alors que le poids de naissance était plutôt inférieur à la normale. Il émet l'hypothèse que les parents, déçus de ce petit poids gavent exagérément l'enfant et le prédisposent à l'obésité. Les erreurs alimentaires même non durables, peuvent induire des dispositions métaboliques durables. Toutes ces considérations sont extrêmement importantes du point de vue thérapeutique, car tout essai de traitement impliquera un retour à un métabolisme normal qu'il sera difficile de retrouver.

LES FACTEURS SOCIOCULTURELS

Fort intéressants à étudier, ils influencent aussi bien l'alimentation que les normes de poids.

Si dans certaines civilisations, l'embonpoint est bien porté et même valorisé, à tel point que certaines femmes africaines sont engraissées systématiquement avant leur mariage, nos civilisations occidentales actuelles, à l'inverse, prônent un idéal esthétique de minceur.

La mode, les journaux, la publicité imposent l'image quasi-magique d'une ligne idéale, garantie de santé et de bonheur. Cette mode du poids idéal nous fait comprendre le désir de maigrir comme un désir d'imitation et de ressemblance à cette image.

L'obèse, lui, ne se conforme pas à l'idéal commun et se met en marge de la société.

L'intolérance sociale vis à vis de l'obèse est très particulière. La phobie collective de l'embonpoint entraine une véritable propagande contre l'obésité dont il ne faut pas négliger les dangers et les répercussions sur la santé mentale de l'obèse.

L'exagération des intérêts alimentaires est souvent associée à une pauvreté des intérêts culturels. Comme le notent DAILLY et BERTRAND (6) "cette association est à la fois motivante et motivée car on peut dire que l'excès de souci alimentaire a pour conséquence la limitation des intérêts culturels, de même que l'insuffisance des intérêts culturels porte la famille et l'enfant à s'intéresser davantage à la nourriture".

STUNKARD après une enquête psycho sociale sur l'obésité, est arrivé à des conclusions similaires.

D'autre part, on ne peut qu'être frappé de l'importance croissante accordée actuellement à la quantité et à la qualité de l'alimentation, au choix des menus, à la profusion des marchandises, résultant en partie des campagnes "Sauvages" de publicité en faveur du bien manger et de son importance sociale.

On peut souligner la complexité des facteurs psychosociaux et l'intérêt d'une étude comparative qui apprécierait les variations tant historiques que régionales.

L'intérêt de ces divers facteurs est considérable. Mais il est avéré que l'obésité est également un symptôme qui recquiert une étude psychopathologique.

Dans un premier temps, il nous paraît commode de repérer les significations les plus apparentes de ce symptôme en dressant un tableau :

- de l'évolution des idées,
- des caractères communs les plus fréquemment retrouvés.

HISTORIQUE

Comme il a été souvent remarqué, les travaux sur l'obésité sont très peu nombreux comparés à ceux concernant l'anorexie. Cette différence est peut être en rapport avec l'impression de bonne santé que peut donner un gros enfant ayant bon appétit alors que la chétivité et l'amaigrissement inquiètent.

Les problèmes psychologiques de l'obésité de l'enfant furent essentiellement étudiés par H. BRUCH dont les travaux restent un point de référence en la matière depuis 40 ans (4) (5).
Ayant abordé l'obésité en tant que pédiatre, frappée par les incidences psychologiques, elle fut amenée à une formation psychiatrique et psychanalytique lui permettant une approche différente des problèmes de l'obèse. Elle se rendit compte que l'obésité n'était pas dûe à un hypothétique trouble endocrinien, théorie qui régnait à l'époque, et elle retint les deux notions alors nouvelles d'hyperphagie et d'inactivité.

Mais les résultats très médiocres obtenus par la diminution de la ration calorique et l'augmentation de l'activité physique, la résistance opposée par les mères à tout changement de la vie de l'enfant, l'incitèrent à prendre en considération la possibilité d'un trouble psychologique du climat familial.

L'étude du cadre familial de l'enfant obèse, qu'elle fit en 1939-40 porte sur un groupe de 40 sujets obèses issus de parents immigrés récents aux U.S.A. Bien que la sélection fut particulière sur le plan socio-économique, elle crut reconnaitre des anomalies spécifiques de l'enfant comme de

son milieu, profil qu'elle modifia d'ailleurs dans ses études ultérieures.

Il s'agit de familles peu nombreuses ,alors que les pères assument une fonction subordonnée dans la famille, les mères ont un rôle dominant. Elles ont le plus souvent souffert dans leur enfance, de pauvreté, de faim et de manque de sécurité.

Etroitement liées à la vie affective de leur enfant, elles l'entourent de soins hyperanxieux et le nourrissent abondamment. Leur attitude est ambivalante et s'exprime sous la forme d'un rejet compensé par l'hyperprotection de la suralimentation. Toutes leurs frustations sont projetées sur la personne de l'enfant, considéré comme leur possession, à maintenir sous leur contrôle direct.

Le foyer n'offre pas de sécurité affective et la nourriture prend une valeur exagérée servant à compenser des relations affectives précaires. "La nourriture n'est pas seulement offerte pour apaiser un besoin naturel, c'est le seul moyen d'exprimer l'affection, d'apaiser la culpabilité et l'anxiété. La nourriture est un substitut de l'amour que la mère ne peut exprimer autrement, sans quoi elle ne donne rien" (H. BRUCH).

La mère ne sait répondre à l'enfant que sur le plan des besoins matériels et l'enfant, dont les autres besoins sont réprimés ou insatisfaits, réagit par une demande alimentaire croissante. La nourriture prend alors une valeur de compensation et de réconfort. Selon H. BRUCH les symptômes conduisant à l'obésité sont liés à l'ajustement social pauvre, à une maturation affective défectueuse et à une perturbation précoce de la relation mère-enfant.

Secondairement sa conception générale de l'obésité s'élargit et elle se rend compte que, malgré l'importance de la pression qu'exerce l'environnement, il faut tenir compte de la capacité propre de l'enfant à répondre par une obésité.

Le développement de l'obésité est un processus actif exprimant un effort de l'enfant pour arriver à une réalisation de lui-même, mais de façon détournée et inadaptée.

L'obésité peut représenter à un certain niveau une forme d'adaptation parfois la meilleure, qu'il peut être dangereux de remanier, ce peut être une forme de protection contre une maladie plus sévère ; effectivement la possibilité d'une décompensation dépressive ou psychotique lors du traitement amène à tenir compte de ces considérations.
L'obésité n'est pas un état uniforme bien que le besoin de trop manger, la dys régulation du poids et du stockage des graisses en soient les troubles essentiels. Ce n'est que le symptôme d'un trouble sousjacent.

Elle insiste sur la diversité des facteurs tant psychiques que socio-culturels, tout en ajoutant qu'ils ne sont pas une cause en soi, mais qu'un certain nombre de facteurs intéressant aussi bien l'hérédité que le milieu doivent être réunis pour engendrer l'obésité.
Elle propose une classification de l'obésité selon 3 types psychologiques

- obésité sans problèmes émotionnels
- obésité conséquence d'une expérience émotionnelle traumatique où l'hyperphagie protège de l'angoisse
- obésité de développement caractérisée par une impossibilité à supporter les frustrations.

Un autre point important abordé par H. BRUCH est celui des relations de l'obésité et de la psychose. Elle remarque la similitude des observations d'obésses et de schizophrènes. Dans la constellation familiale la même symbiose parents-enfants est retrouvée, de même que l'utilisation de l'enfant pour résoudre les problèmes de la mère.

Une certaine fragilité leur est commune, mais l'obèse est malgré tout moins vulnérable et le recours à l'hyperphagie peut entrainer des satisfactions le protégeant de l'angoisse insupportable qui mène à la psychose.

Elle donne des exemples où l'obésité est liée à la psychose et où la psychose se manifeste quand le régime est imposé.

Si on considère l'obésité comme un mécanisme de défense, vouloir faire maigrir à tout prix peut être non seulement inutile mais dangereux tant qu'une solution n'est pas trouvée aux troubles sous jacents d'adaptation.

Les travaux de H. BRUCH furent le point de départ de nombreuses études de méthodologie différente.

1/ Les unes sont de type statistique

a/ Une enquête danoise fut menée de 1950 à 1953 par un groupe de 5 chercheurs différents ayant étudié de façon indépendante des groupes différents d'enfants obèses dans le but de contrôler les idées d'H. BRUCH.

Leur méthodologie est basée sur l'étude du comportement et leurs résultats ne sont concordants ni entre eux ni toujours avec H. BRUCH.

Ainsi TOLSTRUP (27)distingue parmi ses 40 cas 3 groupes :

- dans 7 cas la psychogénèse est certaine dont 3 fois selon le modèle d'H. BRUCH
- dans 11 cas elle est probable
- dans 22 cas elle n'est pas démontrable.

Par contre OSTERGAARD (23) dans un groupe de 58 cas trouve 49 fois des difficultés émotionnelles et la constellation familiale considérée comme typique par H. BRUCH.

IVERSEN (15) dans un groupe de 40 enfants trouve des facteurs psychologiques

- importants dans 16 cas, dont 4 cas selon le type de H. BRUCH.
- incertains dans 14 cas
- absents dans 10 cas

JUEL NIELSEN (16) en examinant 61 cas n'a pas pu retrouver la structure socio psychologique décrite par H. BRUCH.

La plupart des cas a confirmé le besoin anormal de nourriture de ces enfants associé à une certaine inactivité. Il fut retrouvé de nombreux cas d'obésité familiale, d'habitudes familiales alimentaires excessives, et une attitude tolérante vis à vis de l'obésité.

Une étiologie psychogénique fut trouvée dans 9 cas, incertaine dans 12 cas et absente dans 40 cas.

QUAADE (24) sélectionna 36 cas parmi les enfants des écoles dont le poids dépassait la déviation standard et conclut que les théories de BRUCH étaient trop spécifiques pour expliquer l'étiologie de l'obésité.

Les recherches de ces auteurs appellent plusieurs critiques : les groupes d'études ne sont pas comparables, la formation des auteurs est différente, les arguments en faveur de la psychogénèse sont divers selon chacun, et ne sont de toute façon que des arguments apparents. Cet abord statique de l'obésité néglige toute perspective dynamique

b/ L'enquête de LAPLANE, ETIENNE et collaborateurs de 1956 n'est pas sans analogie (11).

Les auteurs font d'abord au travail de H. BRUCH un certain nombre de critiques

- Certaines d'ordre méthodologique portent sur la sélection de ses cas et l'absence de groupes témoins.
  En fait H. BRUCH répond d'elle même à cette critique et montre que le groupe privilégié qu'elle avait étudié initialement comportait certaines caractéristiques dont elle a exposé les variations dans ses groupes ultérieurs elle admet d'autre part la sélection qui résulta de son orientation psychiatrique.
  L'utilisation d'un groupe témoin, peut-être par souci de rigueur méthodologique, entraine en fait une réduction simplificatrice dans l'abord des problèmes.
- D'autres portent sur la confusion difficilement évitable entre troubles psychologiques cause ou conséquence de l'obésité. Peut-être est-ce là aussi un faux problème et dans une perspective psychodynamique l'obésité ne doit-elle pas plutôt être considérée comme un mécanisme de défense ?
- Ils critiquent également la spécificité du profil psychologique de l'enfant et de sa famille, mais les études ultérieures de H. BRUCH montrent la diversité des attitudes des parents et des enfants.

Quant au travail des auteurs français il a porté sur 3o cas suivis de 1951 à 1956 et s'est référé à un groupe témoin.

A une enquête clinique systématique portant sur le comportement s'est ajoutée une étude psychologique fondée sur la caractérologie de Le SENNE et complétée par le test de Rorschach. La conclusion est nuancée :

L'hyperphagie est constamment retrouvée. La part des troubles affectifs leur semble importante sans qu'on puisse les réduire à des facteurs homogènes ou spécifiques. Il n'a pas été retrouvé de profil psychologique précis. Les troubles affectifs doivent s'intégrer dans le cadre plus vaste des processus physiopathologiques conduisant à l'obésité.

La diversité des résultats de ces enquêtes semble liée au mode de recrutement, à la qualité des groupes explorés, aux méthodes d'investigation, à la formation des auteurs, mais aussi peut être à la diversité des troubles qui conduisent à l'obésité..

D'autres auteurs cherchent à isoler une ou plusieurs singularités de l'enfant obèse, son comportement, son environnement.
Cités par LAPLANE :

- rôle compensateur de l'ingestion alimentaire dans les états de tension ou de frustration chez les immatures affectifs (FREED, RICHARDSON, BRAM)
- désir immodéré de satisfactions orales chez ces mêmes enfants (REEVE, (26) A. PARSON)
- passivité des enfants obèses (KAPLAN, BRONSTEIN (3), GILL)
- attitude surprotectrice et dominatrice souvent teintée d'hostilité latente d'une mère immature elle-même du point de vue affectif (STEINER, FRIEDGOOD, RASCOVSKI (25).

2/ A l'opposé de ces études statistiques se situent les études psychanalytiques notamment celles de R. HELD et G. DREYFUS dans une perspective psychosomatique qui mettent en lumière certaines caractéristiques concernant l'excès pondéral et l'ingestion alimentaire excessive (9).
En effet ils soulignent

- la valeur magique et la signification de toute puissance de l'excès pondéral,
- la valeur agressive et sadique orale des conduites d'ingestion excessive,
- leurs vertus hautement culpabilisantes,
- leur signification de défense contre les tentations et les dangers du

monde extérieur, leur valeur de relation à distance en tant que mécanisme de défense du moi,

- leur signification de satisfaction des pulsions partielles telles que le voyeurisme et son négatif, l'exhibitionnisme.

Culpabilité et angoisse sont toujours présents chez l'obèse. HELD décrit ainsi le cercle vicieux : L'angoisse amène à manger ; l'excès d'ingesta dans tous les cas amène l'embonpoint qui à son tour se charge de nouvelles significations.

La satisfaction pulsionnelle provoque la frustration affective et libidinale et celle-ci à son tour, par le relai de l'agressivité et de l'angoisse achève de fermer le cercle vicieux. HELD appelle ce type d'obèses "toxicomanes de la nourriture", esclaves de leurs besoins oraux, au moi faible qu'il compare aux névroses d'abandon.

DESCRIPTION DE L'OBESITE COMMUNE

Nous voudrions donner une idée générale de ce qu'est l'obésité sur un plan purement clinique tout en sachant la diversité qui existe et qui est peut être un fait de base. Nous donnerons cependant les éléments qui nous paraissent les plus évidents (20).

I/ Généralités

L'obésité touche filles et garçons de façon à peu près égale.

Selon la date d'apparition on peut séparer deux grands groupes :

- les obésités précoces
- et les obésités tardives.

Un grand nombre d'enfants deviennent obèses dès la 1ère enfance avant 2 ans (BRUCH, MOSSBERG); M. ETIENNE note dans un groupe de 245 enfants que 61 % d'entre eux sont obèses depuis la prime enfance et note comme caractéristiques générales : un gros appétit d'emblée, un régime lacto farineux prolongé.

Parmi les obésités tardives il existe 2 âges de prédilection :

- 6-7 ans 29 %
- période prépubertaire et pubertaire 9 %.

C'est dans les obésités tardives, survenant après une période de plusieurs années de poids normal, que l'on retrouve fréquemment un traumatisme psychique déclenchant la polyphagie qu'il s'agisse d'un bouleversement familial, d'une intervention, d'une séparation, d'une affection ayant modifié la vie de l'enfant, ou d'une simple modification des habitudes alimentaires

coïncidant ou non avec une séparation (séjour à la campagne au contact de grand-parents ou de nourriciers) - Tout se passe comme si l'hyperphagie avait alors comme fonction de protéger l'enfant contre l'angoisse de situations nouvelles.

Mais une réserve importante s'impose, souvent l'incidence de l'évènement incriminé recouvre des motivations réelles sous jacentes, et l'on peut citer à ce propos l'observation d'ALLOITEAU et DOUMIC :

Un enfant de 8 ans déclenche une obésité rapportée au décès subit d'un cousin, en fait, on apprit que l'enfant fut gardé au sein jusqu'à 18 mois, que le sevrage fut suivi d'insomnie et que durant des années, la mère le prenait dans son lit pour l'endormir. Il s'endormait après lui avoir longuement caressé le sein, à 8 ans, lors d'un déplacement on supprima cette habitude et l'enfant prit 6 kilos en 2 mois.

On peut cependant reconnaître l'existence d'obésités survenant à l'occasion d'évènements anxiogènes ou phobogènes et se demander pourquoi l'enfant choisit la régression orale vers la polyphagie comme moyen de défense devant une situation conflictuelle ou un évènement traumatique.

II/ L'enfant obèse

Il est évident qu'il n'existe pas un type d'obèse. Cependant, un certain nombre de traits de comportement se retrouvent avec une certaine fréquence ; pour la clarté de l'exposé, et malgré les simplifications un peu naïves entrainées, nous aimerions dresser le tableau général d'un jeune obèse en période de latence, tel qu'il a pu se dégager de notre propre expérience et de nos lectures.

Cette description, toute arbitraire qu'elle soit, nous permettra de mettre en lumière les caractéristiques communes des obésités que nous aurons à étudier.

1/ Comportement vis à vis de la nourriture

Le plus souvent, il mange trop, encore que l'importance de l'obésité ne soit pas toujours en proportion de la suralimentation.

Il mange"de tout", sans discrimination, mais a souvent une incli-

nation particulière pour les friandises, les sucreries, le pain, les féculents, avec parfois un dégoût des autres aliments.

Il porte à la nourriture un intérêt intense, voire passionné et exclusif, s'inquiétant des menus, impatient de se mettre à table, faisant des repas impressionnants, demandant plusieurs fois à être servi (nous avons le souvenir d'une mère qui nous dit un jour : "si j'avais refusé de le servir, il aurait pu mourir de faim") ou bien au contraire grignotant toute la journée ce qui est à portée de main, de façon quasi compulsive

2/ Comportement général

a/ S'il a parfois une activité normale voire excessive il est en général inactif, il a des jeux calmes, peut rester immobile pendant des heures, se mettant en retrait dès qu'il y a jeu collectif, et l'on connait la caricature classique du jeune obèse dans un coin de la cour de récréation, la sucette à la bouche, suivant des yeux la partie de ballon de ses camarades. Il aime regarder, manger des yeux ce qui l'entoure et passe des heures devant la télévision qui lui tient lieu d'activités sportives.

Cette inactivité a été considérée par H. BRUCH comme un des traits essentiels de la symptomatologie et l'expression profonde de troubles psychologiques. L'inaptitude au jeu, à la gymnastique n'est pas seulement le refus de participer, mais également une peur masquée d'apprendre tout ce qui peut requérir une dépense musculaire.

C'est un fait important car la restriction des activités entraîne une restriction des dépenses énergétiques et ne peut qu'augmenter l'obésité. Selon elle, cette inaptitude est complexe et significative d'un trouble des expériences affectives précoces.

b/ Ce jeune obèse a souvent une agressivité énorme, très destructrice vis à vis du monde extérieur et de lui-même, mais elle est souvent camouflée et il apparait comme un enfant soumis, passif, dépendant de sa mère qu'il n'ose affronter. Dans les conflits qu'il rencontre, l'hyperphagie est la solution trouvée à la place de l'expression de son agressivité.

Ailleurs son agressivité est ouverte et nous voudrions évoquer le cas du jeune Antoine, garçon de 10 ans, dont l'obésité coïncida avec le travail de sa mère dans un commerce d'alimentation, 3 ans auparavant ; il grignote toute la journée et se cache pour manger; depuis que sa mère travaille, il se sent seul et délaissé et il mange afin d'éviter l'ennui ; mais en mangeant il a l'impression d'attaquer, d'agresser. Tout son comportement est sous le signe de l'agressivité; intelligent, il réussit fort bien à l'école et est fier d'écraser les autres de ses connaissances. Son poids lui donne un sentiment de force et il aime se battre; de même qu'il passe tous ses loisirs à jouer au football et à faire des matchs, il relate ses succès avec une grande assurance mais dès qu'il rentre chez lui et qu'il ressent "le vide", il mange voracement, ou bien ressort pour aller faire une partie de ballon. Dans un cas comme dans l'autre il en ressent un grand soulagement

c/ L'avidité affective est toujours intense, associée à un besoin de satisfaction immédiate jamais comblé, et responsable d'un comportement tyrannique. Cette quête perpétuelle d'amour est toujours impérieuse. La moindre résistance est ressentie comme une frustration insupportable.
"Tout obèse est dévoré du désir d'être aimé tel qu'il est" (H. BRUCH)

Son embonpoint lui donne un sentiment de force, de toute puissance qu'il redoute de perdre et tout régime amaigrissant peut être considéré par lui comme dangereux.

d/ Cet enfant soumis, passif, inactif, dépendant, mais aussi agressif, incapable de tolérer la moindre frustration qu'il transpose immédiatement sur le plan d'un désir de nourriture, tire des bénéfices secondaires importants de son symptôme qui pèseront lourdement sur les possibilités thérapeutiques.

Il maintient une relation plus étroite avec sa mère, évite d'être confronté aux conflits de la vie qui pourraient être source d'angoisse pour lui. Il peut ainsi être fixé sur un symptôme qu'il abandonnera difficilement car cela reviendrait à renoncer à des satisfactions autour desquelles il a pu réorganiser son équilibre.

3/ Le pronostic

La résistance de l'obèse à son traitement et la difficulté de son maniement avaient été un des mobiles initiaux de la recherche d'H. BRUCH.

Dès 1949, MOSSBERG étudiant le pronostic éloigné de 149 cas avait souligné sa mauvaise qualité.

P. BERGER (1964) (2) rassemblant 114 cas reconsidérés après 4 ans, constate que 67 % d'entre eux sont restés des obèses et que 1/3 des obésités de l'adulte se sont installés dès l'enfance.

III/ Mais il est bien évident que comme tout symptôme en psychopathologie de l'enfant, l'obésité n'a de signification que par rapport à l'âge.

1/ Dans les formes précoces

qui débutent dès la première enfance et où il semble plus fréquent de retrouver des facteurs héréditaires, l'obésité va constituer un obstacle au développement de la personnalité de l'enfant.

Passivité, dépendance, fixation à la mère, difficultés relationnelles s'aggravent peu à peu et tendent à fixer l'obésité et l'infantilisme.

2/ Les obésités de l'adolescence

On connait l'importance de l'alimentation à l'adolescence, phénomène banal qui prend des dimensions pathologiques dans certains cas.

Cette période particulièrement critique est un véritable renouveau de la sexualité infantile qui déclenche une exagération des poussées pulsionnelles et une construction rénovée des défenses.

La polyphagie semble constituer une réponse à la situation angoissante liée au réveil de l'Oedipe- ainsi que le montreront certaines de nos observations.

Les significations les plus manifestes de l'obésité se sont dégagées de cette étude descriptive et vont nous permettre d'aborder à présent les significations latentes du symptôme.

Nous limiterons notre étude aux obésités proprement psychogènes où la signification de la nourriture est plus évidente symboliquement et où la demande d'aide est nette. Nous n'aborderons pas les problèmes qui peuvent se poser dans les obésités survenant au cours de maladies psychiatriques qu'il s'agisse de schizophrénie ou de psychose maniaco-dépressive.

Une étude de l'oralité nous semble nécessaire à la compréhension psychanalytique du symptôme tel qu'il a pu se dégager de notre matériel clinique.

ETUDE PSYCHANALYTIQUE DE L'ORALITE

Le processus alimentaire est centré sur la relation à la mère et entre dans le cadre du développement de la relation objectale (12) (21).

Stade préobjectal

A l'origine le nouveau-né de par sa prématuration vit dans un état de totale dépendance, de passivité, sous la pression du caractère impérieux de ses pulsions. Il en résulte qu'au cours de ses expériences primaires et précoces, il forme avec sa mère une unité dont il ne se différencie que dans les périodes de besoin qui le rendent réceptif et le mettent sous tension. Sa mère est alors une fonction qui ne tend à se personnaliser qu'à certains moments rythmés essentiellement par l'alimentation.

Cette unité est dûe à la tendance possessive narcissique de la mère et au désir de fusion de l'enfant qui ne distingue pas encore ce qui est monde extérieur et monde intérieur.

Cette distinction n'est fondée que sur des expériences de plaisir et de déplaisir, rythmées par l'alimentation qui plus que toute autre fonction est attirée dans le cercle émotionnel de la vie de l'enfant.

Il n'y a pas encore de zone orale mais une organisation préalable du moi que SPITZ a défini comme la "cavité primitive", perception coenesthésique diffuse survenant dans l'état de besoin qui doit être vécu dans le corps comme "vide à combler".

La faim se traduit par un état de tension et la satisfaction de la faim est la première expérience de gratification instinctuelle. Le nourrisson qui prend du plaisir à être nourri aime le fait d'être nourri, puis il aime l'aliment source de plaisir.

Mais à ce stade préobjectal où moi et non-moi ne sont pas encore établis il ne sait pas de par qui lui vient la satisfaction. Il aime le lait, le sein ou le biberon.

La succion est une forme primitive de relations avec le monde extérieur et la bouche restera quelque temps le seul mode d'appropriation des objets, contribuant à une connaissance très primitive du corps.

A l'apaisement de la faim, s'associe une autre satisfaction : la stimulation des muqueuses buccales et de toute la région orale.

Le plaisir de la succion qui caractérise ce stade peut être reproduit en dehors de l'alimentation dans le suçotement du pouce, considéré comme activité autoérotique et qui peut être un substitut de l'acte de se nourrir.

FREUD (23) a montré comment la pulsion sexuelle qui se satisfait d'abord en étayage sur une fonction vitale, acquiert une autonomie et se satisfait de façon autoérotique

Stade oral objectal

Peu à peu l'amour de l'enfant va se porter sur la personne qui le nourrit, sa mère.

Au plaisir d'être nourri s'associe bientôt le plaisir d'être aimé, et les premières relations objectales s'établissent ainsi sur un mode oral et par l'intermédiaire de l'alimentation.

La nourriture reste longtemps le symbole de la mère et toutes les situations conflictuelles de la relation mère-enfant s'exprimeront souvent dans des conduites alimentaires perturbées.

La mère continue à servir de lien entre l'enfant et la nourriture et à considérer la nourriture comme partie d'elle-même, rejetée ou acceptée selon que l'enfant mange ou non.

Au plaisir de la succion, activité autoérotique, succède le désir d'incorporer l'objet aimé afin de le garder et de remplir le vide, ce qui permet à l'enfant de ne pas se sentir seul, délaissé; dans ses fantasmes, il

s'imagine uni à cette source de nourriture en l'incorporant, pour faire de l'objet une partie de lui-même.

Le stade sadique oral décrit par ABRAHAM, est à son apogée après la dentition faisant ainsi de la bouche une arme pour exprimer l'agressivité.

Manger c'est aussi mordre, déchiqueter, attaquer, détruire non seulement la nourriture mais aussi celle qui cause les frustrations inévitables. Le même objet est aimé pour les satisfactions qu'il apporte et haï pour les frustrations qu'il cause. Conjointement on y trouve le fantasme d'être mangé, détruit par la mère.

Ces premières relations montrent l'ambivalence fondamentale des relations à la mère à la fois dispensatrice de nourriture et frustrante. L'enfant peut réagir à ces frustrations par diverses réponses :

- Introjection ce qui permet
  - d'avaler l'objet
  - de conquérir la puissance
  - de détruire l'objet détesté en l'incorporant
- Projection en rejetant tout ce qui est mauvais
- Négation de toute réalité désagréable
- Fixation et régression.

D'après M. KLEIN (17) il existe une connaissance inconsciente du sein, conçue comme un héritage phylogénétique. Le fait de perdre puis de récupérer l'objet aimé devient une partie essentielle de la vie émotionnelle du nourrisson mais la gratification tient autant à l'objet qui donne la nourriture qu'à la nourriture elle-même.

Le sein qui gratifie est senti comme bon, et le sein qui frustre est senti comme mauvais.

Cette dualité est dûe en grande partie au manque d'intégration du moi ainsi qu'au processus de clivage à l'intérieur du moi et dans sa relation avec l'objet.

Toute une série de processus intra-psychiques, avant tout l'introjection et la projection, contribuent à créer une relation double avec l'objet primitif. L'enfant projette ses pulsions amoureuses et les attribue au bon

sein de même qu'il projette à l'extérieur ses pulsions destructrices et les attribue au mauvais sein. Simultanément, le bon sein deviendra le prototype de tous les objets aimants et gratificateurs et le mauvais sein le prototype de tous les objets persécuteurs internes ou externes.

L'altération de l'équilibre entre la libido et l'agressivité donne naissance à ce que M. KLEIN appelle "voracité". Selon elle, le stade oral est le moment culminant du sadisme infantile. "l'agressivité fait partie de la relation le plus précoce de l'enfant au sein ; le désir de sucer s'accompagne du but destructif d'aspirer, de vider, d'épuiser en suçant". Mais dans cette conception on perd de vue la valeur de la nourriture comme objet, l'étayage du besoin physique qui est en fait la vraie réalité de la nourriture

Anna FREUD a étudié le comportement alimentaire et son intrication à tout le développement de la personnalité (13). Elle distingue :

- la période de sevrage qui peut être troublée par des refus alimentaires sous forme de colères devant la nourriture, de dégoût envers les nouvelles saveurs et les nouvelles consistances, d'un manque d'esprit de découverte sur le plan alimentaire, d'un manque de plaisir dans la zone orale. A l'opposé peuvent apparaître boulimie et peur d'avoir faim (pour M. KLEIN, lors du sevrage, l'objet aimé primitif est senti comme perdu et l'angoisse de persécution et l'angoisse dépressive qui s'y rapportent sont renforcées).

- Le stade de l'alimentation active où l'enfant devient autonome sur les plans moteur et verbal et où la mère introduit souvent des règles de conduite sociale trop strictes.

L'éducation sphinctérienne se fait à cette période et l'on sait comment les enfants aiment manier les aliments pour jouer et s'en barbouiller.

Le plaisir anal contribue au plaisir de s'alimenter et permet une indépendance plus grande de l'enfant.

Lorsqu'il commence à se socialiser, l'enfant utilise souvent la nourriture comme moyen d'échange.

- Durant la période oedipienne se produit l'estompage progressif de

l'équation nourriture-mère. Des attitudes alimentaires fantaisistes peuvent apparaître en rapport avec les théories sexuelles infantiles de fantasmes de fécondation par la bouche, d'accouchement par l'anus. L'anxiété et la culpabilité qui y sont liées peuvent conduire au refus de nourriture, évitant le désir d'être fécondé ou conduisant au désir masochiste de ne pas grandir.

- A la période de latence, la signification sexuelle de l'acte de manger s'atténue, des attitudes rationnelles envers l'alimentation se développent. Se nourrir devient une activité pleinement autonome.

- Cependant à l'adolescence, on peut voir une réactivation des problèmes angoissants non résolus de l'enfance et une régression aux stades prégénitaux avec fixations orales, pulsions sadiques orales cannibaliques, impulsions boulimiques.

Ainsi voit-on que l'oralité comporte plusieurs aspects :

- le plus élémentaire est celui de la satiété dont la satisfaction caractérise le stade initial de narcissisme.
- le deuxième aspect est l' érotisme buccal qui trouve sa satisfaction dans la succion.
- C'est aussi un mode de contact au moyen de l'appropriation d'un objet extérieur.
- A l'aspect libidinal de la satisfaction orale s'associe bientôt son aspect agressif.
- Un autre versant essentiel est l'identification de la nourriture avec l'image maternelle à un stade où l'enfant confond ses pulsions ou leur répression avec la mère qui les apaise ou s'y oppose.

Si le comportement oro alimentaire constitue la base même de la relation objectale , on peut avec WINNICOT l'inscrire dans un ensemble organisateur plus vaste et insister sur les soins corporels, sur l'organisation motrice et du schéma corporel.

Selon BOWLBY d'autres facteurs que l'oralité jouent un rôle important dans l'établissement des relations objectales, tel que le fait de

pouvoir s'accrocher, pouvoir suivre l'objet, si l'enfant est empêché de s'aggriper, le suçotement et les excès de nourriture se développant comme des activités non symboliques.

Lorsque le développement affectif est harmonieux, le plaisir lié à l'activité orale émigre sur d'autres zones pour se fixer de façon prédominante chez l'adulte sur la génitalité. Lorsque l'évolution est moins heureuse, à l'occasion de frustrations dans l'acquisition d'autres satisfactions, le retour aux plaisirs de la bouche constitue une consolation et une protection.

Toutes ces données concernant l'oralité permettront de comprendre les diverses significations psychanalytiques du symptôme qu'est l'obésité.

Il nous parait intéressant d'y ajouter la théorie d'H. BRUCH concernant l'apprentissage de la faim.

THEORIE DE L'APPRENTISSAGE

Dans ses derniers travaux (6) H. BRUCH dans une critique de l'oralité psychanalytique a essayé de comprendre comment une fonction aussi fondamentale que l'alimentation pouvait être transformée et utilisée à la résolution de nombreux problèmes non nutritionnels.

Dans une perspective génétique, elle propose un mécanisme lié à un défaut d'intégration des stimuli internes qui signalent les besoins du corps. En effet, selon elle, les besoins du corps, tel celui de la faim, ne sont pas connus de façon innée ou spontanée mais doivent être appris. La réalité du corps doit être progressivement élaborée au niveau des perceptions internes, de même que la réalité externe est perçue progressivement au fur et à mesure de l'élaboration perceptive . Cet apprentissage est obligatoirement inscrit dans les premières relations où la mère constitue l'indispensable médiateur sur un mode préverbal et présymbolique.

L'enfant émet un certain nombre de signaux, et l'aptitude de la mère à entendre les vrais besoins de l'enfant permettra à celui-ci d'en prendre conscience et de les distinguer les uns des autres. Selon elle, l'enfant obèse ne sait pas reconnaître la sensation de faim ni la distinguer de ses autres besoins. Dans la genèse de ce défaut, elle incrimine l'absence ou la pauvreté des réponses appropriées de la mère qui, à toute demande, réagit par le don de nourriture, sans tenir compte du besoin réel de l'enfant.

Les conséquences seront pour l'enfant une absence de connaissance de ses fonctions, une confusion de ses besoins, des difficultés d'identité

corporelle avec une appréhension globale incertaine des exigences instinctives et des manifestations émotionnelles.

L'élaboration de l'image du corps sera imprécise, source d'inquiétude ne permettant pas à l'enfant de ressentir ses sensations, pensées sentiments ou désirs comme réels et venant de lui-même. Le défaut d'intégration lié à un défaut d'apprentissage serait primaire et source d'un sentiment d'impuissance.

H. BRUCH regroupe dans cette théorie anorexie et obésité dont les significations inconscientes et symboliques sont les mêmes et renvoient aux mêmes troubles de base.

Cette théorie de "l'apprentissage manqué," apporte des éléments intéressants qui permettent notamment de rattacher l'inactivité à une mauvaise intégration du sentiment du corps ; mais elle néglige le problème économique des investissements. On ne voit pas comment les besoins alimentaires sont investis sur le plan du désir.

L'obésité n'a alors plus aucun sens symbolique et ne semble pas entrer dans le champ de l'interprétation.

Elle condamne les autres interprétations et évacue la perspective psychanalytique, elle élimine notamment l'interprétation dans le transfert. Le traitement consistera en une "rééducation" de la sensation de faim. (On peut d'ailleurs noter qu'H. BRUCH a proposé cette théorie après le constat d'échec qu'elle fit de la cure psychanalytique" dans l'obésité.)

On peut essayer de répondre à ces critiques et envisager ce temps manqué du développement comme une carence d'apprentissage qui peut être repris dans une ligne de développement concernant la relation objectale. Par ailleurs la distinction entre le besoin et le désir est-elle possible ? Tout besoin n'est-il pas ressenti comme désir ?

Notre investigation personnelle nous a permis d'étudier deux observations privilégiées d'adolescentes qui ont un certain nombre de points communs et qui permettent de redonner son vrai sens à la nourriture :

- la première, Brigitte, nous semble illustrer l'obésité,
- la seconde, Elisabeth, met en relief la signification de la boulimie.

Une troisième observation, qui n'est pas le fruit d'un travail personnel, nous a paru intéressante, en opposition des deux précédentes et dans une perspective d'approche différente.

Première Observation

Brigitte, 12 ans fut hospitalisée en avril 1971 dans un service de pédiatrie moins pour mermettre le bilan d'une obésité réelle (74 kg pour 1,49m) que pour la soustraire à un milieu familial éthylique pathogène.

Nous la suivîmes régulièrement en entretiens psychothérapiques hebdomadaires et nous eûmes la possibilité de voir son père, 34 ans, tripier à la Villette, mais non sa mère hospitalisée pour une cirrhose décompensée.

Il semble qu'elle ait toujours été grosse. Gros poids de naissance (4 kgs) c'était un bébé vorace, qui a toujours beaucoup mangé et a grossi régulièrement.

Elle est devenue vraiment ronde vers 5-6 ans et a de nouveau grossi à la puberté qui s'est normalement effectuée à 10 ans.

C'est son père qui l'a conduite à la consultation car il la trouvait trop grosse "un vrai lutteur" et craignait que ses glandes ne fonctionnent pas.

C'est une fille unique dont le développement a semble-t-il été normal.

Elle a moyennement et irrégulièrement suivi ses classes puisqu'elle est actuellement en CM_2 après avoir redoublé deux classes précédentes. La mère est une grande éthylique qui a commencé à boire après la naissance de sa fille "par ennui" et dont l'éthylisme croissant est à l'origine de complications sérieuses puisque une cirrhose ascitique entraîne 2 ou 3 hospitalisations annuelles pour ponction de l'ascite. C'est actuellement une grande malade qui lorsqu'elle est au foyer est continuellement allongée à ne rien faire. Elle est de plus comitiale et a fait plusieurs crises devant sa fille. Le père est également éthylique malgré ses violentes dénégations, il lui arrivera souvent de venir voir sa fille hospitalisée dans un état ébrieux. Malgré son discours imprécis, ses mécanismes projectifs intenses, un certain nombre de faits nous frappèrent :

- son attachement érotisé à sa fille qu'il trouve belle, dont il est fier, dont il ne veut pas se séparer.

- L'exclusion de la mère, femme malade qui ne subvient pas aux tâches ménagères quotidiennes dont la responsabilité incombe alors à Brigitte. "j'en ai marre d'être sans femme".

Il est fier de nous dire que sa fille l'aime beaucoup "bien plus que sa mère d'ailleurs elle m'embrasse tout le temps, on est comme mari et femme, mais il ne faut pas croire qu'il se passe ce que vous pensez entre nous".

Le service social fera savoir que les scènes de violence sont fréquentes entre les époux qui s'entendent fort mal, que les voisins ont déjà porté plainte, que Brigitte lave slips et chemises de son père depuis longtemps et qu'elle a probablement assisté aux rapports sexuels de ses parents. Ce milieu d'alcooliques parait assez pathogène pour qu'il ait déjà été question d'éloigner Brigitte.

Brigitte est une grosse fille ouverte qui parle facilement et de façon enjouée, elle paraît très infantile et immature.

Elle est là pour "qu'on lui enlève l'eau qu'elle a dans le ventre", ce qui la fera maigrir. Son poids la gène car les garçons se moquent d'elle la traitent de "grosse patate", son père aussi se moque d'elle mais plus gentiment.

Elle a toujours faim, est obsédée par la nourriture et attend les récréations avec impatience pour pouvoir manger; quand elle achète le pain, elle ne peut s'empêcher de prendre aussi un gâteau , sait que ce n'est pas bien mais se sent mieux ensuite.

Au début elle parle difficilement de sa mère malade, "elle est nerveuse, elle crie, elle me bat", et puis "elle boit depuis toujours". Brigitte avoue son inquiétude pour elle : elle n'est jamais à la maison, à l'hôpital on lui retire l'eau qu'elle a dans le ventre (ce qui est à rapprocher de la façon dont elle imagine le traitement de son obésité et qu'elle exprime dans les mêmes termes), elle va bientôt mourir ! les médecins l'ont d'ailleurs pronostiqué, elle ajoute " c'est dommage elle est quand même jeune".

Elle ressent beaucoup d'angoisse et d'insécurité de cette situation

et a une impression d'irrémédiable pour sa mère. C'est elle qui a la responsabilité de la surveillance de sa mère et qui doit l'empêcher de boire, si elle ne veut pas se faire disputer le soir par son père. Mère et fille ont des rapports particuliers, plutôt lointains, mais il arrive à Brigitte d'avoir des moments privilégiés avec sa mère, elle aime alors l'interroger sur sa naissance qu'elle imagine comme fort douloureuse pour sa mère. Sa mère lui ayant dit combien elle était fatiguée pendant sa grossesse, elle est sûre que c'est à cause de son poids "déjà"

Si elle est grosse comme ça, c'est que sa mère lui a trop donné à manger "c'est de sa faute ..., c'est peut être de la mienne aussi". Elle s'identifie à l'obésité supposée de sa mère au même âge qu'elle et pense que ses enfants aussi seront gros.

Elle ne peut manifestement pas s'identifier à une mère ni rassurante ni chaleureuse, elle se sent responsable de l'éthylisme de sa mère, mais sa culpabilité est teintée d'une forte agressivité. "Ce n'est pas drôle pour mon père".

Autant elle parle difficilement de sa mère, autant son père est le centre d'un univers qu'ils vivent tous deux sur un mode érotique.

Elle aime être seule avec lui, lui faire la cuisine pour laquelle il la récompense par de menus cadeaux.Lorsqu'elle rêve la nuit, il vient la retourner sur le côté et "c'est fini".

Elle aime à la façon d'un bébé grimper sur ses genoux, dans le lit des parents "et on s'amuse tous les deux".

Elle refuse de reconnaître son éthylisme "lui", il ne boit pas comme ma mère, il n'est jamais ivre ... il est gentil .

La réalité qu'on essaie de lui montrer est banalisée, certes ses parents se battent, mais pas au point de s'entretuer, certes ils la frappent mais c'est parce qu'elle a fait des bêtises.

Vers la fin de son séjour, elle aborde le problème des rapports sexuels de ses parents auxquels il lui est arrivé d'assister, et même de chercher à y assister. Outre le plaisir manifeste qu'elle ressent, une jalousie féroce la pousse à aller séparer ses parents. Elle rit en évoquant

une phrase de sa mère à ce sujet : "Ah, tu es une petite jalouse Brigitte !"

Elle vit en vase clos dans sa famille et a peu de camarades, préférant rester seule comme si le fait d'entrer en contact avec les autres pouvait être dangereux. Les rêves sont le plus souvent banaux en rapport avec les faits de la classe, sauf un, plus parlant : elle est un cow boy monté sur un taureau et son père monté sur un autre taureau lui apprend le métier et la guide.

Dans ses projets d'avenir, elle manifeste le désir de devenir actrice pour voyager ou bien d'être tripière comme son père qui refuse en raison des dangers (se couper un doigt, glisser sur du gras).

L'évolution

Les premiers temps elle suit facilement le régime et perd 8 kgs en 10 jours.

Elle est décrite par le personnel comme une enfant facile, mais renfermée et passive n'allant jamais spontanément vers les autres et n'entreprenant une tâche que si on l'y encourage.

Elle se plaint ensuite de la stabilisation de son poids, de la légèreté et de la monotonie des repas. Elle songe à nouveau à la nourriture et explique qu'elle a faim porsqu'elle pense à sa mère. Pour ne pas y songer, elle se force à dormir "quand on pense à quelque chose ou à quelqu'un on a peut être un creux à l'estomac" dit-elle. Après son hospitalisation il était prévu 3 mois en aérium qu'elle accepta puis une mise en internat qu'elle refusa énergiquement. Son seul désir était que rien ne changeat et qu'elle puisse retourner dans son foyer.

Sur le plan psychothérapique

Nous fûmes frappés de la rapidité et de l'intensité de la relation transférentielle, de la possibilité rapide à nous agresser, de sa facilité à accepter les interprétations,de ses désirs d'information sexuelle (bien qu'elle nous ait montré plus tard, lors de l'évocation des rapports sexuels parentaux, que sa demande était liée à la relation transférentielle.

L'oralité apparaît

- dans ses dessins, qui, bien que pauvres, n'en sont pas moins évocateurs : un poussin sortant d'un oeuf, une maman cygne qui nourrit ses petits.
- dans ses désirs de savoir comment le foetus peut se nourrir dans le ventre de sa mère.

L'examen psychologique

- Donne un niveau intellectuel moyen (classe III au PM 38)
- au TAT le protocole est pauvre avec inhibition, refoulement de l'agressivité, attitude conformiste permettant d'éviter les conflits en se soumettant à l'adulte
- au Rorschach, l'angoisse est plus grande, avec difficultés à manier l'agressivité, les besoins sont insatisfaits, la figure du père est impressionnante alors que l'image maternelle ne permet pas d'identification.

  On note de plus des difficultés de contact, une limitation des intérêts, l'absence de capacités d'intériorisation.

COMMENTAIRES

Cette observation nous parait montrer au premier plan l'intensité d'une problématique oedipienne vécue dans l'actualité.

1/ Elle pose d'emblée le problème des identifications féminines
Vis à vis de sa mère ses sentiments sont particulièrement intenses et culpabilisés.

Elle se sent responsable de l'éthylisme de sa mère et coupable des désirs inconscients de mort à son égard.

Elle ne peut manifestement pas s'identifier à une mère dévalorisée, malade, condamnée, détruite. Elle ne peut lui rester fidèle et ne s'identifier à elle de façon dramatique que par son obésité. Sa mère était obèse au même âge qu'elle, sa mère était grosse quand elle la portait, elle même aura,

comme sa mère, de gros enfants.

On peut souligner l'équivalence imaginaire qu'elle établit entre l'ascite de sa mère et sa propre obésité. Toutes deux ont "de l'eau dans le ventre". Sa mère boit et elle mange.

On peut comprendre comme une tentative désespérée d'identification féminine l'intense relation transférentielle qui s'est établie avec sa psychothérapeute de même que sa demande d'information sexuelle était de requérir la permission à des fins de déculpabilisation. Les tests psychologiques confirment l'absence d'identification féminine associée à l'inhibition, à la restriction, à l'absence d'intériorisation.

2/ Si son obésité apparait comme une défense par rapport au père, elle est également et de façon contradictoire renforcée par le désir du père.

On pourrait l'envisager comme une tentative d'identification défensive au père ainsi qu'en témoignent :

- son désir d'être tripier comme lui
- son rêve où elle est montée sur un taureau près de son père
- les paroles satisfaites de celui-ci constatant l'obésité de sa fille "c'est un vrai lutteur" ; "tu es bien grosse, tu sais".

Si les fixations sont à la mère prégénitale, l'objet actuel est le père.

Par ailleurs, les satisfactions alimentaires sont manifestes et provoquent une détente de l'angoisse quand elle évoque la situation conflictuelle avec sa mère, mais aussi une satisfaction érotisée dans le cadre de la relation au père qu'elle nourrit.

Les positions masochiques ne semblent pas évidentes, tout au plus apparaissent-elles dans l'objet de raillerie qu'elle est à l'école.

Dans le cas de Brigitte, l'obésité entre dans le cadre d'une problématique oedipienne vécue dans la réalité qui en fait un conflit actuel. D'autre part, on peut remarquer la faiblesse de ses capacités d'intériorisation, son expression verbale terne et concrète, l'appauvrissement et la restriction des échanges interpersonnels comme si l'intensité de l'Oedipe entraînait une inhibition de ses activités fantasmatiques conscientes, alors que la richesse de sa vie fantasmatique inconsciente persiste.

Deuxième Observation

Elisabeth 16 ans 1/2 fut hospitalisée en 1968 dans le service du professeur LAUNAY, pour-une obésité réelle 59 kg pour 1,46m,

-une excitation psychique

-des idées obsédantes autour du poids

-un épisode dépressif qui l'amena à une tentative d'autobyse peu de temps avant son hospitalisation.

Des entretiens psychothérapiques hebdomadaires furent aménagés et sont toujours poursuivis.

Il nous a été possible de la voir quelques fois après son hospitalisation et de discuter avec sa psychothérapeute de l'évolution actuelle.

Elisabeth est fille unique, vit dans un milieu familial très clos et n'a jamais eu le moindre problème alimentaire jusqu'à 14 ans, âge auquel semble débuter son obésité et son premier flirt.

Elle était alors en vacances à l'étranger au milieu d'un groupe de jeunes filles obsédées par leur poids et leurs nombreuses aventures. Pour les imiter, elle fréquente les boîtes de nuit et obtient du succès auprès d'un garçon ,ce qui la flatte mais la dégoûte lorsqu'il essaie de l'embrasser, elle s'enfuit et va vomir.

Elle termine ses vacances dans un autre pays étranger et ressent pour la première fois des sensations bizarres qu'elle reconnaîtra plus tard être des crises d'angoisse et qui s'atténuent "miraculeusement" lorsqu'elle mange ce qu'elle fait d'une façon de plus en plus vorace.

A son retour de vacances, elle raconte ses aventures à son père, habitué des confidences de sa fille et constate qu'elle a grossi de 6 kgs. Elle pèse alors 45 kgs pour 1,47m.

Un médecin lui fait porter un corset pour une scoliose discrète et décide

de la faire maigrir, c'est alors le début du cercle vicieux : elle prend des médicaments mais ne suit pas le régime et grossit régulièrement, elle pèse bientôt 53 kgs puis 56 kgs, puis elle ne se pèse plus car elle a honte de son poids, honte de son corps gros et mou.

Elle a surtout honte d'être obligée de manger par véritables crises de boulimie qu'elle n'avouera qu'après plusieurs mois de psychothérapie, car elles lui sont très angoissantes. A n'importe quelle heure du jour ou de la nuit "quelque chose" la pousse à manger ce qui peut la faire grossir le plus, essentiellement des sucreries. Elle décrit ses hésitations devant la pâtisserie : elle passe plusieurs fois devant le magasin puis y entre brutalement et engloutit plusieurs gâteaux d'affilée; loin d'être apaisée par cette ingestion vorace, elle est au contraire encore plus angoissée et se sent écoeurée "c'est exécrable, ça descend dans les jambes". La nuit une angoisse sourde la réveille souvent et la force à aller vider le contenu du frigidaire.

Divers essais de régime se soldent tous par des échecs.

En 1968 elle est en première et réussit fort bien, elle se passionne pour les évènements de mai, s'y adonne avec beaucoup de conviction, allant faire de la propagande dans la rue, s'éloignant ainsi de son milieu familial. Elle en oublie même de manger et perd quelques kilogs qu'elle reprendra rapidement pendant des vacances plus calmes.

Elle est alors avec ses parents et deux cousines; un garçon se mêle à la bande qui forme clan contre Elisabeth dont on se moque à cause de son poids. Un jour elle se taillade les veines du poignet non pas pour se suicider, mais "pour qu'on s'occupe de moi" dira-t-elle.

Elle est hospitalisée peu de temps après.

Le milieu familial est très particulier et vit centré sur lui-même. Les parents vendent du tissu sur les marchés, travaillent peu et sont souvent à la maison.

Ce ménage à trois vit les sentiments de manière intense, discutant beaucoup. Il existe au foyer une excitation intellectuelle et Elisabeth, centre du ménage, se montre toujours passionnée, outrancière, exigeante et révoltée, elle sort peu de la maison et a peu de camarades. Dans un appartement exigu, elle dort dans un lit à baldaquin, qu'on imagine bien être le centre de l'univers ...

La mère 44 ans a été secrétaire puis vendeuse. C'est une femme mince qui a été obèse pendant quelques années lors d'un état dépressif grave. En effet alors qu'Elisabeth avait deux ans, son petit frère âgé de 9 mois meurt subitement (probablement par fausse route) alors que la mère était absente. A la suite de ce décès, la mère est restée longtemps déprimée, s'accusant d'avoir laisser mourir son enfant, restant maussade et négligée. Elle ne redevient jolie et attirante qu'au moment de la puberté de sa fille.

Elle a vécu toute l'enfance de sa fille très à distance, se comportant même de façon dure, autoritaire, et ambivalente avec elle. Quelques mois après la mort de son fils, elle a pris chez elle en nourrice un petit cousin d'Elisabeth dont elle s'occupa plus que de sa fille.

Cette femme est décrite comme intelligente, très fine, sensitive, trop compréhensive des troubles de sa fille.

Le père 47 ans ancien comédien, très bohème est un petit bonhomme contrefait qui favorise les confidences de sa fille de par une attitude érotique nocive mais aussi sadique, avec cynisme il l'accuse d'être laide, affreuse, grosse.

Son état de santé est lié à celui de sa fille, lorsqu'elle va bien, il se plaint de multiples troubles hypochondriaques notamment cardiaques qui disparaissent quand Elisabeth est moins bien.

Dans cette atmosphère érotique où toute la famille étale un exhibitionnisme provoquant (à longueur de journées les trois personnages se promènent nus dans un appartement exigu), un épisode de séduction survint lorsqu'Elisabeth eut 12 ans. Son oncle, frère du père, marié à une soeur de la mère, lui fit des avances précises qui l'effrayèrent.

Lorsque Elisabeth est hospitalisée, son obésité est réelle 59 kgs pour une petite taille 1,47m. Elle porte des vêtements très particuliers, sans taille, accentuant son embonpoint.

Aucune cause organique ni familiale n'est retrouvée.

Au début elle se montre contestataire, créant entre les enfants et le personnel une ambiance très tendue amenant même un des garçons du groupe à frapper une infirmière.

Elle joue les redresseurs de tort mais se sent culpabilisée par sa volonté de toute puissance ce qui aboutit à une recherche de plus en plus accaparante de l'éducatrice.

En effet sous cette grande excitation se manifeste une quête affective importante où tout est centré sur elle-même avec une véritable boulimie d'affection.

Son humeur est très labile, elle passe facilement d'un état dépressif à une attitude dynamique mais c'est le fond dépressif qui domine la situation.

Elle apparait très anxieuse et ne supporte pas la moindre frustration notamment orale et elle fait une fugue parce que le personnel lui avait un jour refusé de la nourriture.

Le régime avec isolement ne fait qu'accroître l'anxiété et seule, une cure de tranquillisants à fortes doses permet une détente psychique, une amorce psychothérapique et un amaigrissement certain avec régime normal; elle maigrit de 8 kgs en deux mois.

La psychothérapie met à jour un certain nombre d'éléments :

- un attachement très érotisé au père à qui elle confie tous ses secrets, qui favorise ses confidences par une attitude ambigue jouée au niveau verbal.

Un incident donnera un exemple de leur mode de relation : un employé du gaz fait sur le palier de l'appartement des avances à Elisabeth, qui une fois la porte fermée et l'employé éconduit, s'empresse d'aller tout raconter à son père qui se moque d'elle.

L'obésité lui sert à l'évidence de protection défensive contre ses positions instinctuelles.

- La mère est une rivale qui sort de son état dépressif, redevient attirante quand Elisabeth commence à grossir, c'est aussi une femme intelligente qui aux yeux d'Elisabeth court-circuite son mari plus faible qu'elle. Elisabeth a avec sa mère une position très exigeante, avec un désir de possession totale, ne supportant pas que sa mère ne s'inquiète pas pour elle, exigeant qu'elle soit à chaque minute centrée sur elle.

Elle fait un jour un rêve important concernant son petit frère mort lorsqu'elle avait deux ans : elle le voit ressuscité dans une chambre vilaine alors qu'elle même a une chambre agréable, elle en fait la remarque à ses parents qui n'y prêtent pas attention et se sent angoissée car elle pense que le petit frère va à nouveau mourir, elle se réveille en pleine nuit et a un accès boulimique.

La signification de ce rêve pourrait être ainsi donnée : on peut imaginer qu'à 2 ans elle a tué fantasmatiquement son frère, elle a rêvé de le tuer attendant de sa mère des satisfactions qui ne se sont pas produites puisque sa mère gravement déprimée ne s'est pas occupée d'elle et l'a laissée aux soins du père.

- Un doute de soi très important apparaît rapidement avec dépréciation dysmorphophobie, elle ne se plait pas non seulement parce que son corps est gros mais aussi parce que sa taille est petite, son nez vilain.

- Au premier plan du comportement alimentaire apparaissent les crises de boulimie avouées tardivement et avec beaucoup de difficultés.

Elles sont accompagnées de honte plus que de culpabilité, et suivies de dégoût, de vide, d'un certain effondrement d'elle-même.

Elles ont un côté agressif l'ingestion vorace se fait comme dans un besoin d'attaquer l'autre, de détruire en mangeant.

La plus belle illustration de ce qu'est une crise de boulimie nous semble être une lettre écrite récemment par Elisabeth à sa psychothérapeute.

Auparavant il n'est peut être pas inutile de savoir comment Elisabeth a évolué depuis trois ans.

Après son hospitalisation, elle retrouve le milieu familial et reprend une scolarité normale. Elle regrossit progressivement ayant des alternatives d'angoisse et de boulimie. Cependant elle est beaucoup plus stable sur le plan du comportement. La relation avec ses parents est plus élaborée, elle est moins tyrannique et possessive avec sa mère.

Un an plus tard, elle se détache de ses parents et habite seule un studio du quartier latin où elle mène une vie de grande liberté.

Elle prépare une licence de psychologie, mais déçue par la mentalité des étudiants elle abandonne et prépare actuellement des études de médecine.

Son poids a été très variable. Depuis un an elle arrive à suivre un régime très sévère et a perdu 10 kilos. L'amaigrissement et l'embellissement de son corps se sont accompagnés de grands changements vestimentaires et surtout du port d'une perruque, comme si la protection que lui apportait son corps gros ne pouvait être remplacée que par cet ornement dont la valeur symbolique n'échappe pas. Elle a une vingtaine de perruques et en change très fréquemment. Elle ne peut revoir deux fois la même personne sans avoir changé de parure. Elle est alors un nouveau personnage.

Ses relations avec les autres sont très pauvres, malgré leur nombre. Elle a de nombreuses aventures sexuelles, semble plaire aux hommes, mais n'en ressent que du désenchantement. Elle ne peut aimer personne hormis ceux qui sont en dehors de la société tels les délinquants.

Dès qu'une émotion passe dans ses rapports avec les autres, elle ressent de l'angoisse et se remet à manger.

Voici cette lettre qu'il nous parait intéressant de reproduire in extenso malgré sa longueur :

"Madame,

Ma lettre va certainement vous surprendre, ce n'est ni un appel au secours, ni une longue suite de gémissements c'est quelque chose qui m'aidera, nous aidera peut être à y voir définitivement clair et qui pourrait peut être servir aux autres. Voilà

Il m'est arrivé aujourd'hui une boulimie, la vraie, celle qui brûle tant d'énergie et qui agit avec tant de force. Avant je ne pouvais en parler, c'était trop proche. Aujourd'hui cela m'est arrivé, elle est venue c'était une dernière visite qui ne sera, je l'espère, qu'un bref passage.

Je crois que j'ai une certaine aisance à verbaliser les choses et je pense que ceci pourrait être un témoignage.

Mais il faut reprendre depuis le début en essayant d'être clair. Je sors beaucoup et j'ai, chose incroyable, un succès délirant aussi bien auprès des hommes mûrs que des petits jeunes. J'ai beaucoup de mal à comprendre pourquoi.

Franchement je ne suis pas hideuse, ma poitrine attire les hommes, mais vous savez comme moi que je suis encore assez grosse sans être "obèse", que je suis petite, tout cela donnant l'effet tassé. Ma tête, elle marque, mais elle est un peu bizarre aussi.

En boîte, je danse assez bien et je me fais remarquer mais pas en criant ou en parlant fort, je suis même plutôt gênée et je ne m'habille pas d'une façon provocante, plutôt classique mais pas démodée quand même. et je vous assure, beaucoup de types me demandent de sortir avec eux, et aux slows on m'invite toujours.

Je connais un type de 28 ans pas mal, marié à une fille très belle, au bout d'un quart d'heure que je me suis trouvée seule avec lui, il s'excite à mort et veut m'emmener avec lui.

Bref, je n'y comprends rien.

Vous savez, vous m'avez demandé si j'avais un bon copain, j'en avais un seul, il a vu mes parents et m'a pratiquement demandé en mariage.

C'est cela qui complique tout. Je veux dire, tout ce que j'ai pourrait venir du fait que je n'attire que les bas instincts des hommes et que j'en aurais marre qu'ils n'aient aucun sentiment.

Mais ce n'est pas vrai.

Les 3/4 du temps ils sont sympas et cela doit être ma froideur involontaire, mon air d'être en dehors qui doit les refroidir. Malgré tout, il y en a qui trouvent le moyen d'être extraordinaires et non seulement, ça ne va pas mieux mais c'est encore pire.

Bon, revenons à la nourriture.

Les derniers jours tout s'était vraiment réalisé comme je l'avais prévu : gymnastique dans une salle, même que je déteste ça parce que j'ai honte, massages, jets d'eau, sauna, vélo ! et surtout régime. Je suis arrivée à ne manger que du bouillon de légumes et parfois des carottes crues au vinaigre, et je tenais le coup avec cafés et cigarettes sans calmants.

Et puis hier, il y a eu le type qui s'est excité, nous avons été au restaurant et j'ai peu mangé, mais je n'avais pas de mérite parce que même si je meurs de faim, je déteste jouer les goinfres devant les types.

Il a couché à la maison mais j'ai refusé de coucher avec lui, juste un flirt poussé. A mon avis c'est de la triche et c'est dégoûtant mais ce type me dégoûtait tellement et je trouvais la situation tellement cocasse et ridicule, lui s'énervant et moi gardant une lucidité pénible.

C'était à la fois du sadisme et du masochisme. Sadisme parce que mon sang froid était du cynisme, masochisme parce que j'avais la sensation de me salir, c'était une sorte de punition.

Le matin, le réveil, le rhabillage alors tout a commencé, la faim, je veux dire -

Je suis allée à la gym. j'ai acheté un gâteau, c'était une galette plate, rectangulaire, j'en ai jeté la moitié, j'ai mangé aussi un petit paquet de chewing-gums. Gymnastique après, cours de conduite à la sortie, très faim. Refusant de céder, lutte courte, défaite.

Je rentre dans une boulangerie achète 50 g de petits gâteaux, souhaitant en jeter la moitié, mangeant tout, tout en allant à la poste

téléphoner aux parents pas trop de larmoyage au téléphone, ne peux m'empêcher de dire à maman que j'ai des problèmes de nourriture.

Entre temps ai décidé qu'il valait mieux céder mais d'une manière intelligente, c'est-à-dire me préparer sans honte un repas et le manger. En remontant à la maison, m'achète un petit paquet de barres Lu, lourds consistants.

les manger, d'accord, mais se calmer un peu avant, d'abord faire le ménage à fond, changer les draps, aérer mais ne peux attendre et tout en mangeant, mange le paquet.

Décide de descendre faire courses, me préparer avant, perruque et tout, dans la rue cela va mieux.

Je rachète quand même 50 g de petits gateaux et les mange comme qui dirait pas acquis de conscience mais n'en ai plus envie.

Ne mange plus rien jusqu'au soir.

18 h30 à partir de là c'est la cavalcade qui commence : un gateau sablé à la confiture et puis courses.

Boulangerie : plus de pain, rachète 50 g des trucs que j'ai déjà acheté par deux fois, un pain au lait, petite tablette de chocolat

n'ai plus d'argent, demande à l'épicier d'attendre que vais chercher argent le temps de remonter, bouffe gateau, 1/2 brioche et chocolat - descends -

Achète tout ce qui fait le plus grossir : chips, charcuterie, fromage, beignets, gateaux aux amandes, biscottes, oeufs que je ferai en omelette avec 2 tonnes d'huile.

Le temps de remonter, finis presque paquet de chips

Suis hagarde, comme ivre, à un moment je me cogne dans une vitrine.

Il faut manger, manger, je ne pense plus qu'à cela, plus rien ne compte, ai l'eau à la bouche, du mal à respirer, ne parviens pas à me calmer.

Je mange pêle-mêle brioche, chocolat, un bout jambon, 1 biscotte, presque pas d'omelette

Ai mal au coeur et arrête. Dans le temps aurai tout mangé quand même.

Bon. Horriblement mal au coeur lourdeur, essaye de toutes mes forces de vomir et malgré eau chaude, suggestion, n'y arrive pas décide de vous écrire.

S'apaise un peu, tout en vous écrivant ai mangé un bout de fromage.

Voilà, ça a été dur de vous écrire cela, parce que j'ai eu la sensation de le revivre, même si je n'ai pu employer la "je".

A présent me sens épuisée, vanée, vidée. n'ai plus qu'une envie dormir.

Vais sûrement grignoter encore mais la tempête est passée. Meurs d'envie de boire, du lait frais, étonnant parce que j'ai toujours eu horreur du lait

Remarques :

En état de boulimie

-ne mangera jamais tout ce qui est bon : viande, légumes, verdure

- ne boira jamais café, thé

- ne fumera jamais

- pas tellement portée sur bonbons, charcuterie, crèmes glaces

- adore surtout tout ce qui est à base de pâtes et de lait comme pain, brioche.

- adore à la folie biscuits secs, souvenir de l'hôpital et fromage

Or étant petite, tout le contraire

- aimais surtout viande, charcuterie, féculents

-mangeais rarement fruits, gateaux secs, fromages, chocolat glaces.

- détestais gâteaux à la crème, biscuits secs, café, lait

Voilà, j'espère que vous n'allez pas trop vous moquer de cet étalage de nourriture. Je pense qu'en dehors du fait que je n'aime que ce qui fait le plus grossir, à un moments de boulimie, il y a certainement toute une symbolique qui s'y rattache.

Je vous embrasse

xxx

COMMENTAIRES

Ces deux observations d'adolescentes sont loin d'être semblables.

Cependant, tant pour l'une que pour l'autre, l'intensité d'un Oedipe réellement vécu est au premier plan. La séduction par un père trop proche qui érotise toute situation ne peut qu'entraîner une protection réalisée par l'obésité.

Dans le contexte d'une réactivation oedipienne, l'investissement du corps prend des formes particulières, l'obésité permet d'éviter qu'il soit objet de désir.

L'incapacité d'identification à la mère les ramène toutes deux à des positions archaïques.

De façon permanente elles oscillent entre l'Oedipe et les conflits prégénitaux dramatiques.

Mais l'observation de Brigitte nous paraît plus démonstrative de ce qu'est l'obésité, état somatique représentatif, alors que celle d'Elisabeth fait plus ressortir l'intensité de la boulimie, acte significatif.

L'étude de la lettre d'Elisabeth va nous permettre de comprendre la boulimie et ses diverses significations

Deux parties peuvent être distinguées :

- une première où elle se met en situation d'excitation sexuelle
- une deuxième qui correspond à l'incorporation alimentaire et où le vécu émotionnel est si intense qu'il modifie le style et ne permet pas l'utilisation du pronom personnel.

Au début, elle est manifestement heureuse de plaire, et la satisfaction narcissique de sa séduction comporte des éléments exhibitionnistes

retrouvés d'ailleurs tout au long de son histoire. L'image de son corps la préoccupe beaucoup et elle prend du plaisir à être regardée, admirée.

Du fait du refoulement, l'état d'excitation n'est pas reconnu en tant que tel et ne trouve d'exutoire que dans l'accès boulimique et dans le fait d'écrire à sa psychothérapeute. Le désir sexuel est nié de telle façon qu'elle se tient à distance de l'homme sur un mode d'ailleurs ironique, qu' elle est frigide et qu'elle refuse la pénétration.

Les moyens de défense comportent des éléments d'analité et la projection de son sadisme.

Après cette phase d'excitation sexuelle, la boulimie survient comme un véritable mode de décharge pulsionnelle déplacée sur le plan oral.

On peut à ce sujet citer HELD qui considère la boulimie comme un équivalent masturbatoire par déplacement génito oral.

L'incorporation alimentaire s'accompagne d'une satisfaction autoérotique évidente qui est revécue dans le transfert. Par la confidence elle associe sa thérapeute à sa satisfaction, et en lui écrivant, elle revit son plaisir.

Ce mode de satisfaction s'inscrit, semble-t-il, dans le cadre de la relation objectale, en effet en pleine boulimie elle téléphone à ses parents, et plus spécialement à sa mère, pour lui exposer ses problèmes de nourriture. Est-ce un appel, une demande, n'est-ce pas aussi une façon d'agresser sa mère ? Il ne semble pas négligeable de rapprocher cette satisfaction du premier épisode considéré comme déclenchant son obésité : pour la première fois un garçon tente de l'embrasser, elle vomit et va raconter plus tard cette aventure à son père, dans le cadre d'une confidence érotisée.

De nombreuses significations prégénitales peuvent être retrouvées dans ce mode de décharge :

- le masochisme dans le fait qu'elle ne mange que les aliments qui font

le plus grossir.

- elle aime les aliments regressifs (lait, fromage) qu'elle contrôle et maîtrise dans un calcul strict.

Le refus de la viande pourrait être envisagé comme une défense contre le sadisme oral.

La boulimie a été comparée à la toxicomanie. Ce mode de décharge électif de satisfaction partage les mêmes significations (autoérotisme, masochisme, fixations orales).

- l'agressivité de l'accès boulimique semble être un des caractères essentiels.

Elisabeth explique fort bien comment manger c'est attaquer mordre et finalement détruire.

L'incorporation s'accompagne d'une impulsion à se remplir et aussi à garder et maîtriser un objet symbolique.

Mais tout en incorporant l'objet, elle le détruit.

Un parallèle peut être fait avec les idées de M. KLEIN au sujet de l'envie (18). Elle en fait une forme particulière d'avidité orale dans laquelle prédominent les pulsions destructrices qui influent sur la fonction alimentaire, la voracité ressentie comme incontrôlable et destructrice est accentuée par l'angoisse de perdre l'objet aimé.

Cette incorporation destructrice s'accompagne de nausées comme si par la nausée, elle se punissait de l'agressivité liée à l'incorporation.

La culpabilité liée aux significations agressives de cette incorporation entraîne des tentatives de vomissements qui n'aboutissent pas peut être de par la prévalence du "vouloir garder".

Ainsi la culpabilité existerait à deux niveaus : celui de l'analité et celui de l'agressivité.

Si un des caractères essentiels de la boulimie nous paraît être la culpabilité, un autre versant à aborder est celui de la honte. En effet la

boulimie est longtemps niée, gardée secrète, et n'est avouée qu'après une longue connaissance psychothérapique de la malade.

Le caractère dramatique de la façon dont elle mange, semble avoir une signification honteuse liée certes au sadisme oral mais aussi à l'analité qui comporte un idéal du moi de contrôle, de maîtrise et qui renvoie à la problématique narcissique.

Le narcissisme phallique nous semble être au centre de la problématique d 'Elisabeth comme en témoigne le port de la perruque, qui est à l'évidence l'exhibition d'un équivalent phallique, renvoyant à l'homosexualité inconsciente.

Si l'homosexualité équivaut à la recherche de la mère, il semble que, pour ce faire, Elisabeth adopte vis à vis de sa mère une position masculine, afin de la séduire et finalement de la retrouver.

Cette problématique narcissique phallique pourrait d'ailleurs rendre compte en partie de l'obésité, qui a certes une fonction défensive contre l'Oedipe, mais aussi une fonction de puissance phallique. Le passage de l'obésité à la perruque semble d'ailleurs en être une démonstration. Tous ces éléments se retrouvent dans le transfert. Conpromis entre l'incapacité d'identification à la mère qui permettrait le dépassement oedipien et l'homo sexualité, l'obésité apparait.

- comme une fonction défensive par rapport à l'investissement libidinal du corps
- et comme une puissance phallique qu'il n'est pas négligeable d'exhiber sur le plan économique

Dans le désir d'être vue, regardée se mêlent des éléments auto punitifs probables qui pèseront lourdement lors du traitement.

La Boulimie

comparable à la toxicomanie est un mode de décharge pulsionnelle électif, régressif et autoérotique que l'on peut rattacher à plusieurs significations :

- au caractère d'appropriation impulsive de l'objet
- s'associe le côté agressif d'impulsion sadique source de culpabilité
- la honte de l'incorporation avec les éléments de perte de contrôle de maîtrise est constamment retrouvée et pourrait renvoyer à la problématique narcissique du moi, de l'idéal du moi et du sur moi.

Toutes ces caractéristiques tant de l'obésité que de la boulimie n'ont pas la prétention d'être exhaustives mais elles nous ont paru particulièrement bien se dégager de l'étude de ces deux adolescentes.

Il nous semble intéressant de les opposer à l'étude de la troisième observation, celle de Jacqueline que nous devons à l'amabilité du Docteur KREISLER et que nous reproduisons telle qu'elle nous a été fournie. La méthode d'approche différente, nous permettra d'envisager un autre aspect de l'obésité dans le cadre d'une relation pathologique entre une mère et sa fille.

Troisième Observation

Jacqueline, accompagnée de sa mère consulte en 1965 à St. Vincent de Paul. Elle a 17 ans et pèse 72 kg pour 1,63 m.

C'est la seconde de trois enfants, l'aîné ne donne aucune difficulté, le cadet âgé de 14 ans qui présente encore des troubles du sommeil a été énurétique jusqu'à 11 ans.

Les deux garçons ont été anorexiques et vomisseurs

La mère 38 ans ne travaille pas

Le père plus âgé est conducteur sur machine.

L'embonpoint réel de Jacqueline a commencé à la puberté à 12 ans, elle pesait alors 42 kg pour 1,42 m.

Un régime restrictif est imposé par le médecin mais Jacqueline ne le suit pas et mange en cachette avec l'accord tacite de sa mère qui supporte mal de rationner sa fille. Le poids augmente régulièrement, à 13 ans elle pèse 58 kg pour 1,50 m et à 17 ans elle pèse 72 kg.

Valium et Librium sont ajoutés au traitement et en 9 mois elle perd 8 kg qu'elle reprend en 2 mois, prétextant qu'elle n'avait plus de traitement.

La grossesse, désirée des 2 parents a été normale et même facile,

la mère désirait une fille. Elle pesait 2,500 kg à la naissance et a été nourrie au sein quelques mois, elle tétait bien et le passage au biberon puis à la cuiller s'est effectué sans difficultés.

Elle a toujours été gloutonne et boudait si sa mère tentait de la rationner.

Son développement a été satisfaisant c'était un bébé calme et gai qui a souri tôt, a marché à 1 an et a été propre à la même date. Aucun trouble du sommeil n'est noté, mais elle exigeait le soir que sa mère la bordat dans son lit.

Sa santé a été bonne en dehors d'épistaxis qui ont régressé à 8 ans après amygdalectomie, de gloutonne, elle est alors devenue boulimique et vraiment "grassouillette".

Mise à l'école maternelle à 4 ans on la trouvait timide mais elle s'adapta bien, fut bonne élève jusqu'à 8 ans. Après l'amygdalectomie et jusqu'à 11 ans le rendement très médiocre l'empêcha de passer en 6° (malgré un Q1 à 115). Elle resta donc à l'école primaire et passa le certificat d'études sans difficultés à 14 ans.

Elle décide de passer un CAP d'aide maternelle, ce que sa mère approuve sans chercher à approfondir les raisons de ce choix, mais elle échoue à un examen de bas niveau.

Pendant cette période de 14 à 16 ans elle grossit beaucoup, refuse de se faire soigner et est de nouveau une médiocre élève.

Elle aspire maintenant à devenir aide puéricultrice, ni la mère, ni elle-même ne se sont préoccupées de savoir si elle peut préparer le diplôme. En attendant les résultats des examens médicaux d'admission, elle décide de travailler comme garde d'enfants.

Elle n'a aucune distraction personnelle et sa mère parle des livres qu'elle lui choisit, des films qu'elle lui fait voir. Elle ajoute que sa fille a des complexes parce qu'elle est grosse et qu'elle préfère rester près d'elle. "Je dois donc essayer de la distraire et de former moi-même son goût

et son intelligence". Elle affirme son désir de voir maigrir sa fille qu'elle qualifie de très douce. Quant au père la mère l'exclue disant qu'il est sévère, qu'il ne laisse pas sortir sa fille qui "ne l'aime pas".

Dès la première consultation la mère volubile et anxieuse, a manifesté son agressivité à l'égard des médecins mais tout en recherchant sympathie et approbation, elle justifiait sa fille et elle-même des soupçons qu'elle imaginait qu'on devait porter.

Dès qu'elle fut rassurée, elle enchaîna, à propos de ses difficultés à rationner son enfant, sur ses propres difficultés conjugales "qui l'ont amenée à reporter sur ses enfants tous ses besoins d'affection".

Son mari, plus âgé qu'elle, est un homme frustre qui manque de raffinement et qui boit. Elle lui en veut particulièrement de ne pas l'avoir accompagné au chevet de sa mère malade et de ne pas avoir assisté aux obsèques. "depuis, j'ai peur, je ne divorce pas à cause des enfants et parce que j'ai peur de sa méchanceté - depuis la mort de ma mère je le déteste".

Elle a été opérée d'une lithiase vésiculaire et suit un régime très strict.

Elle dort très mal et fait des cauchemars chaque nuit, notamment le suivant : elle déterre son père décédé il y a 6 ans, quelques mois avant sa mère, et elle l'insulte afin qu'il vienne l'aider à soigner sa mère malade. Elle a maigri de 6 kgs après la mort de ses parents.

<u>Jacqueline</u>

est une grande et grosse fille, molle à l'air docile et boudeur.

Elle affirme d'emblée qu'elle n'a aucun ennui et bien qu'elle veuille maigrir, ne croit pas aux promesses des médecins. Son seul souci, est qu'on la regarde dans la rue parce qu'elle est grosse.

Au contraire de sa mère, elle est peu loquace sur ses projets ou ses souvenirs, elle ne répond que par monosyllabes et prend une expression lointaine, vague et absorbée.

On apprend cependant qu'elle rêve parfois : elle voit un trou noir, marche et tombe dedans, mais ce rêve est dépourvu de toute tonalité affective et d'angoisse. Les dissensions entre ses parents ne lui posent pas de problème.

Ses relations avec son père ne sont ni bonnes ni mauvaises;simplement elle ne l'aime plus, depuis le jour où il lui a reproché de se faire couper les cheveux. Elle suppose qu'avant elle l'aimait bien. Bien qu'elle pense qu'un jour elle se mariera et aura des enfants, elle estime actuellement être trop jeune.

Lors d'une deuxième consultation il sera donné aux médecins d'assister à une scène très typique des relations entre la mère et la fille. Elles font du tapage dans la salle de consultation, insistant pour passer plutôt que prévu car elles sont pressées.

La mère déclare regretter d'avoir entrepris ce traitement car sa fille est trop occupée, mais quelques instants plus tard elle demande qu'on l'aide à convaincre sa fille de la nécessité de se faire soigner.

Elle relate alors des incidents récents : sa fille garde des enfants chez une commerçante et a refusé de demander elle-même un congé nécessaire pour se rendre aux examens médicaux d'admission dans son école. Elle a obligé sa mère à le faire et celle ci comprend que sa fille l'utilise comme tampon entre elle et les autres.

La fille refuse tout essai d'interprétation de ses positions, promet cependant d'entreprendre la psychothérapie proposée, mais quelque temps plus tard elle arguera d'un emploi du temps trop chargé.

Des tests psychologiques furent pratiqués révélant :

- un QI de 115 au Wechsler
- au Rorscharch

une différence entre le niveau intellectuel et la manière dont elle l'utilise dans des situations où l'affectivité doit intervenir.

Elle s'efforce de percevoir de bonnes formes mais ne peut les appréhender globalement, elle se cantonne à des détails et ne voit pas les banalités, les contenus sont pauvres et infantiles. Une forte anxiété apparaît, ainsi que le refoulement de toute affectivité et des difficultés de contact.

Les Commentaires

peuvent être faits au niveau de la fille et de la mère.

1/ Jacqueline

- frappe par son absence totale de fantasmatisation.
  Il n'y a pas de rêves, ou, lorsqu'ils existent, ils sont dénués d'affectivité. Ses projections dans l'avenir ne sont que très théoriques.
- Ses relations objectales se font sur un mode archaïque, rigides, sans nuances, sur le mode du tout ou rien.
- Toute situation conflictuelle ne peut être vécue d'où l'abandon de l'investissement pulsionnel (féminité., réussite professionnelle et intellectuelle) qui ne peut être compensé que par les satisfactions orales.
- Les situations conflictuelles se résolvent par des réactions sans souplesse de soumission ou d'opposition et de fuite, qui expliquent notamment les fluctuations de sa vie scolaire.

2/ La Mère

Est à l'opposé de sa fille

- Sa vie fantasmatique est intense, masochiquement vécue et à thème agressif (vis à vis de son père, de son mari)
  La douceur est valorisée, alors que l'agressivité est niée.
- On peut remarquer l'absence d'aménagement de la tension anxieuse par des attitudes adaptées et en revanche, la labilité de l'humeur
- Le besoin continuel de justification et de réassurance narcissique
  - vis à vis de sa fille, elle a une attitude captative, envahissante alors qu'elle est plus nuancée avec les garçons, attitude qui

satisfait sa revendication profonde tout en étant culpabilisée
- on se souvient de l'anorexie des 2 garçons à mettre en balance avec l'obésité de sa fille et on peut imaginer que les conflits de la mère se sont manifestés dans la relation alimentaire, dans les attitudes lors du nourrissage.

3/ Mère et Fille forment un couple d'où le père est totalement exclu et on remarque la cohésion et l'équilibre de cette relation strictement binaire. Elles ont une structure complémentaire et les bénéfices économiques apportés tant à l'une qu'à l'autre font douter de la possibilité d'une approche psychologique.

Au sein de cette organisation conflictuelle bien engrenée, l'obésité nous paraît pouvoir être abordée dans une perspective psychosomatique, si l'on entend par là une maladie physique dans le déterminisme ou l'évolution de laquelle intervient le rôle de facteurs psychiques ou conflictuels. En effet, le tableau décrit pourrait assez bien correspondre à ce qui a été défini comme structure psychosomatique (.22). L'organisation n'est ni névrotique ni psychotique. L'élément le plus frappant est l'absence de matériel affectif, de liberté fantasmatique. La pauvreté de la vie onirique, l'appauvrissement des échanges interpersonnels, l'expression verbale terne collée au concret, expriment le mode de comportement devant le réel.

La carence mentale des activités de représentation entraîne une pensée collée àla matérialité, coupée de toute vie fantasmatique, ce que MARTY appelle "la pensée opératoire".

Selon les auteurs, les instruments utilisés pour traiter les conflits et les problèmes relationnels participent d'une organisation psychosomatique dont la base est constituée moins par des mécanismes mentaux que par des activités sensori motrices et diverses modalités fonctionnelles, comme si l'intérêt profond de ces malades était absorbé par un "objet intérieur Somatique" qui se prête mal à être ressaisi dans une activité mentale fantasmatique.

Une part de l'énergie libidinale échappe aux manipulations mentales d'élaboration et d'intégration et perturbe une certaine organisation fonctionnelle somatique. La faillite d'intégration du moi empêche la satisfaction et

l'accomplissement narcissique liés au fonctionnement mental, et c'est dans la voie somatique que s'engage la charge liée aux affects , mal véhiculée et non élaborée par les fonctions mentales.

A ce sujet, on pourrait se demander si, sous l'angle de la facilitation, les facteurs socioculturels n'ont pas un rôle important dans ce mode d'expression des conflits, en effet, ils tendent dans notre culture à restreindre l'élaboration mentale des conflits intériorisés et facilitent au contraire les défenses par le comportement et peut être par l'expression somatique.

On imagine facilement les difficultés thérapeutiques rencontrées dans de telles structures et on peut penser, que dans le cas de Jacqueline, une approche somatique permettrait peut être de remanier plus facilement la situation.

Nous serons très brefs sur l'approche thérapeutique quelque soit sa forme.

Les difficultés sont nombreuses et les échecs fréquents.

Pour le psychiatre le problème est moins de faire maigrir que de faire comprendre les motivations réelles qui ont conduit à l'obésité. Une demande de soins est bien sûr indispensable à l'établissement d'une relation transférentielle mais l'approche psychothérapique est souvent ressentie comme dangereuse et à l'origine de la fuite du malade.

Les caractéristiques que nous avons notées permettent de comprendre les difficultés lorsque la relation est bien établie :

- la demande est insatiable et ne peut jamais être satisfaite totalement.
- au désir de posséder le thérapeute s'associe celui de le détruire.
- culpabilité et besoin d'auto-punition jouent également un grand rôle, toute la culpabilité est mobilisée lors du traitement. Le fait de maigrir peut être ressenti comme un danger que le malade éloigne en recourant à sa protection : l'obésité.

CONCLUSION

Nous avons étudié dans ce travail les différentes significations de l'obésité en tant que symptôme, à travers des références bibliographiques et à partir de trois observations d'adolescentes.

Il ne saurait être question de rendre compte de toutes les obésités de l'enfant et de l'adolescent. Les facteurs en sont trop nombreux et fort complexes.

Dans une première partie nous avons envisagé :

- les facteurs somatiques et la probabilité d'une prédisposition,
- les facteurs socio-culturels dont l'incidence est évidente tant sur le plan de l'intolérance que de la valorisation des modèles.

Ce que l'on pourrait appeler l'obésité socio culturelle recouvre un mode d'organisation qui n'amène en général pas de demande psychiatrique. On peut souligner l'intérêt d'une étude de psychologie sociale qui apprécierait l'influence des stéréotypes d'idéal occidental de minceur et d'esthétique.

Mais il est avéré que l'obésité est également un symptôme qui conduit au psychiatre et qui recquiert une étude psycho-pathologique.

Dans un premier temps, il est commode de repérer les significations communes afin de dresser une sorte de portrait-robot

- la polyphagie en tant que perturbation surdéterminée du comportement alimentaire,
- l'inactivité posant le problème du mode d'investissement du corps et des activités physiques et de ses rapports avec la passivité,
- l'agressivité dans ses aspects conscients et inconscients de mode de décharge,

- L'avidité affective exprimée par le biais de la demande alimentaire que symbolise clairement la voracité et qui sur le plan psychanalytique introduit les fixations orales.

Comme de nombreux symptômes en psychopathologie, l'obésité n'a de signification que par rapport à l'âge et il semble bien que l'on puisse opposer les obésités précoces entravant tout le développement de la personnalité aux obésités tardives.

Notre investigation des adolescentes à travers un matériel clinique de psychothérapie nous a conduit à un essai de compréhension et d'interprétation psychanalytique du symptôme dont les éléments les plus saillants seront donnés.

Dans le cadre d'une problématique oedipienne intensément vécue et actualisée, l'obésité a une fonction de protection contre les positions instinctuelles aboutissant à des formes particulières d'investissement du corps, associée à une revendication phallique retrouvée dans des conduites exhibitionnistes.

Le problème des identifications secondaires conflictuelles conduit à une régression du sujet qui est fonction des fixations pré-génitales intenses secondairement réactivées.

Mais on peut se demander si cette fonction défensive n'est pas secondaire, la sensation exagérée de faim étant le phénomène initial. En effet elle est constante et le passage à l'acte boulimique, même s'il n'est pas toujours avoué, lui est associé :

Mode de décharge pulsionnelle, ses caractères agressif, culpabilisant et honteux, méritent d'être soulignés.

Equivalent d'une réalisation dans l'acte consommatoire, il tend à devenir un moyen de défense prévalent, dont les liens avec la toxicomanie sont nets.

L'abord psychosomatique, en tant que transformation psychomatique des pulsions exprimées sur le plan de la faim, permet une approche différente qui reste du domaine de recherches prometteuses.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur P. LAUNAY

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur FOURNIER

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBY-KLOTZ

Obésité et maigreur
EMC (5) 37456 A^{10} 1-8

2. BERGER P.

Etude à long terme de l'obésité de l'enfant sur un minimum de 4 ans
Thèse Paris 1964

3. BRONSTEIN I. , WEXLER S., BROWN A., HALPERN L.

Obésité dans l'enfance, études psychologiques
Amer. J. Dis. Child. fev. 1942 63 n° 2 238-251

4. BRUCH H.

The importance of Overweight
Norton New York 1957
Revue critique et détaillée par ALBY J.M.
dans Psych. de l'Enfant 1957 vol. III fas. I 310-330 PUF

5. BRUCH H.

Contexte familial dans les désordres alimentaires in l'Enfant
et la Famille
Ed. Masson 1970 259-280

6. BRUCH H.

Faim et Instinct
The J. of Nerv. and Ment. Dis. 1969 149 n° 2 91-114

7. CONGRES de NUTRITION
Deauville avril 1971

8. DAILLY R., BERTRAND N.

Approche psychologique de l'obésité infantile
Gaz. Méd. de Fr. 25 fev. 1958 65-4 307-319

9. DREYFUS G., HELD R.

A propos des obésités
Rev. Fr. de Psy. Janv. 1958

10. EID. E.E.

L'enfant au poids excessif
Brit. Med. J. 11 av. 1970, 2 n° 5701, 74-76

11. ETIENNE M., LAPLANE R., LAPLANE (Mme)

Etude psychologique de l'obésité infantile
Sem, Hôp.Paris 10-14 sept. 1956 32 54 55/7

12. FREUD A.

The psychanalytic study of infantile feeding disturbances
Psychoanalytic Study of the child 1946 2 119 - 132

13. FREUD A.

Le Normal et le Pathologique chez l'enfant
Gallimard. Connaissance de l'inconscient

14. FREUD S.

Trois Essais sur la théorie de la Sexualité
NRF Idées

15. IVERSEN.T.

Obésité psychogène de l'enfant
Act. Paed. Janv 1953 42 2 8-19

16 JUEL-NIELSEN N.

Obésité psychogène chez l'enfant
Act. Paed. mars 1953 42 2 130-146

17. KLEIN M.

Essais de Psychanalyse
Payot Paris

18. KLEIN M.

Envie et Gratitude
Gallimard NRF

19. KLOTZ H.P.

L'inégalité devant l'obésité in "l'obésité"
L'Expansion Scientifique Fr. Paris 1963 p. 7

20. KREISLER L.

Abord psychosomatique de l'obésité commune de l'enfant
Med. Inf. av. 1967 74 4 309-326

21. LEIBOVICI S.

La relation objectale chez l'enfant
Psych. de l'Enfant Vol III fas. 1 1957

22. MARTY M., DE M'UZAN M., DAVID C.

L'investigation Psychosomatique
PUF 1963

23. OSTERGAARD L.

L'obésité psychogénique dans l'enfance
Act. Paed. nov. 1954 43 8 507-521

24. QUAADE F.

Obésité psychogène de l'enfant
Act. Paed. mai 1953 42 3 191-205

25. RASCOVSKI, SCHLOSSBERG

Basic psychic structure of the obese
Intern. J. Psychoanal 1950 31 144-149

26. REEVE

Psychological factors in obesity
Amer. J. Orthopsy 1942 12 10 674-678

27. TOLSTRUP K.

L'obésité psychogène de l'enfant
Act. Paed. Juillet 1953 42 4 289-305

28. TOUZE J.

Obésité psychosomatique de la femme jeune
Thèse Paris 1969 n° 950 176 p

22. MARTY M., DE M'UZAN M., DAVID C.

L'investigation Psychosomatique
PUF 1963

23. OSTERGAARD L.

L'obésité psychogénique dans l'enfance
Act. Paed. nov. 1954 43 8 507-521

24. OUVAGE P.

Obésité psychogène de l'enfant
Act. Paed. mai 1953 42 3 191-205

25. RASCOVSKI, SCHLOSSBERG

Basic psychic structure of the obese
Intern. J. Psychoanal 1950 31 144-148

26. REEVE

Psychological factors in obesity
Amer. J. Orthopsy 1942 12 10 574-578

27. TOLSTRUP K.

L'obésité psychogène de l'enfant
Act. Paed. Juillet 1953 42 4 289-305

28. TOUZE J.

Obésité psychosomatique de la femme jeune
Thèse Paris 1958 n° 850 172 p